



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



**L'ASSURANCE MALADIE :
ENGAGÉE POUR AMÉLIORER
L'ACCÈS AUX SOINS SUR
TOUS LES TERRITOIRES**

Février 2026

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| AVANT-PROPOS..... | 3 |
| ACCÈS AUX SOINS : QUELLES DIFFICULTÉS ? QUELLES SOLUTIONS ? | 4 |
| AGIR SUR L'ORGANISATION DES SOINS..... | 5 |
| AIDER LES PATIENTS À SAVOIR À QUI S'ADRESSER | 14 |
| ACCOMPAGNER EN PRIORITÉ LES PERSONNES FRAGILES ET AINSI LIMITER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ | 15 |
| EN CONCLUSION..... | 18 |

AVANT-PROPOS

Depuis plusieurs années, la France, comme d'autres pays occidentaux, fait face à des difficultés croissantes d'accès aux soins. Paradoxalement, alors que les besoins de soins de nos concitoyens augmentent, le nombre de médecins notamment généralistes qui reçoivent des patients en ville diminue.

Dans ce contexte, le médecin traitant, pivot essentiel de la prise en charge des patients, se trouve aujourd'hui au cœur d'un système de santé mis à mal, qui associe côté patients des difficultés à être pris en charge et côté médecins des conditions d'exercice de plus en plus difficiles.

L'objectif central est de passer le cap critique des dix prochaines années, période après laquelle l'on devrait voir arriver un nombre plus conséquent de médecins formés.

S'il n'existe pas de solution miracle à court terme pour résoudre les tensions actuelles, un ensemble de mesures pertinentes et pragmatiques peut contribuer à atténuer les difficultés que connaît notre système de santé.

L'Assurance Maladie s'est fortement engagée à définir et déployer des solutions concrètes en ce sens. L'accès aux soins constitue d'ailleurs l'un des six axes clés de mobilisation dans son Contrat d'objectifs et de gestion signé avec l'État pour 2023-2027¹. Celui-ci se focalise tout particulièrement sur deux enjeux : permettre l'accès territorial et financier aux soins et lutter contre les déserts médicaux.

Pour aborder ces défis de manière efficace, il est impératif tout d'abord de disposer et de partager des informations précises permettant un état des lieux solide. C'est pourquoi l'Assurance Maladie, qui dispose de nombreuses données, s'attache depuis plusieurs années à consolider des indicateurs fiables et les faire connaître de tous – autorités de santé, représentants des patients et des soignants et le grand public.

Ainsi, en juin 2023, elle a publié de nombreuses données sur une trentaine de professions de santé *via* le site [data professionnels de santé libéraux](#)², service en *open data*, rendu plus lisible grâce à la technique de datavisualisation qui permet de présenter des chiffres de façon visuelle et donc plus compréhensible.

Plus récemment encore, la mise en ligne des données de [l'Observatoire de l'accès aux soins](#) en septembre 2025 a permis de partager des données autour d'une série d'indicateurs pertinents sur ce sujet.

Au-delà de ces initiatives qui aident à partager un diagnostic chiffré, l'Assurance Maladie est déterminée à agir au niveau même de l'organisation des soins et ce, en ne laissant jamais de côté les populations les plus fragiles.

Cependant, cette tâche ne peut être accomplie par un seul acteur. Une mobilisation collective est nécessaire, impliquant l'ensemble des parties prenantes du système de santé : professionnels de santé au premier chef mais aussi autorités de santé et collectivités locales. Seule une approche intégrée permettra en effet de surmonter les défis actuels et de faciliter un accès aux soins de qualité et financièrement équitable.

¹ En juillet 2023, l'État et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie ont signé une nouvelle [Convention d'objectifs et de gestion \(COG\) pour la période 2023-2027](#).

² <https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux/>, le site de l'Assurance Maladie qui met à disposition de tous un ensemble de données sur une trentaine de professions de santé qui exercent en libéral : les médecins avec plus d'une vingtaine de spécialités médicales, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues).

01.

ACCÈS AUX SOINS : QUELLES DIFFICULTÉS ? QUELLES SOLUTIONS ?

Comment trouver un nouveau médecin traitant quand le mien est parti à la retraite ? Que faire si mon bébé a 40° de fièvre au milieu de la nuit ? Comment savoir à qui m'adresser quand je cherche un cardiologue ? Comment trouver une pharmacie de garde ? ... Voici autant de soucis du quotidien que rencontrent nos concitoyens, regroupés sous le terme générique d'accès aux soins.

Au-delà de situations individuelles, tout le monde s'accorde à dire que le système de santé français connaît des difficultés, qui résultent de plusieurs facteurs conjugués. D'une part, le nombre de médecins formés chaque année a été limité³ pendant 20 ans, entre les années 1970 et 1990, ce qui conduit au manque de médecins que l'on connaît aujourd'hui. D'autre part, comme la population française vieillit et que le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques progresse chaque année, le système de santé fait face à des patients qui ont de plus en plus besoin de soins.

Chiffres clés

Entre 2013 et 2023, la France a perdu plus de 2 000 médecins généralistes⁴.

En 2023, l'âge moyen d'un médecin généraliste se situe autour de 51 ans⁵.

En 2021, 26,6 % de la population avait 60 ans ou plus contre 22,7 % en 2010⁶.

Entre 2023 et 2035, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques devrait augmenter et passer de 36,9 % à 43 %⁷ de la population.

Pour pallier ces difficultés, de nombreuses actions ont déjà été engagées.

En ville, plusieurs dispositions ont été prises pour favoriser le maintien des patients à leur domicile ; et c'est notamment rendu possible grâce à la prise en charge par les infirmiers. Cette tendance de fond répond d'ailleurs à une attente des patients et de leurs proches, tant que cela est possible.

A l'hôpital, en parallèle, tout est fait pour permettre aux établissements de santé de se concentrer sur leur cœur de métier, à savoir les soins et opérations spécialisés. Même après une intervention chirurgicale, les patients restent de moins en moins longtemps à l'hôpital ou à la clinique, voire ressortent de l'hôpital le soir même de l'opération, de façon sécurisée grâce au développement de la chirurgie ambulatoire⁸. Cette pratique est en effet tout à fait possible pour un certain nombre d'opérations courantes comme, par exemple, pour la chirurgie de l'œil (cataracte, myopie...)⁹.

Mais, entre les besoins de soins qui augmentent et un nombre plus réduit de médecins généralistes, la question de l'accès aux soins est devenue un défi majeur du système de santé français, défi auquel fait face l'Assurance Maladie depuis plusieurs années. Aux côtés du ministère en charge de la santé, des Agences régionales de santé et des collectivités locales comme des professionnels de santé eux-mêmes, l'Assurance Maladie cherche elle aussi à apporter des solutions en agissant à plusieurs niveaux.

³ Le *numerus clausus* a été mis en place il y a plus de cinquante ans (en 1971) pour être supprimé par la loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 de la ministre de la santé d'alors, la Pr. Agnès Buzyn.

⁴ Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) - [rapport Charges et produits pour 2026](#).

⁵ Source Drees de 2021 - Anguis, M et al. *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?* Constat et projections démographiques. Les dossiers de la Drees n°76.

⁶ Source Insee.

⁷ Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) - [rapport Charges et produits pour 2026](#).

⁸ Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) - [Source Visuchir](#). Cet outil de datavisualisation permet d'explorer les données chirurgicales des professionnels et établissements de santé. Le taux de chirurgie ambulatoire est ainsi passé de 49,2 % en 2014 à 64,5 % en 2024, soit une progression de +15,3 points entre 2014 et 2024.

⁹ Source : Cnam - [Visuchir](#).

02.

AGIR SUR L'ORGANISATION DES SOINS

Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en santé (Drees), les effectifs des médecins devraient continuer à stagner dans les années à venir et n'augmenteraient pas avant 2030¹⁰.

LUTTER CONTRE LES DESERTS MÉDICAUX

La Drees estime que 8 millions de personnes environ vivent dans des déserts médicaux¹¹ en France, un chiffre qui souligne l'ampleur de ce problème. Ceux-ci touchent particulièrement les zones rurales et certains quartiers défavorisés, où le manque de médecins et de structures médicales est plus marqué. Ainsi, dans la Nièvre, le nombre de médecins installés est passé de 165 en 2010 à 116 en 2023. Le même recul s'observe en Seine Saint-Denis, avec 760 médecins installés en 2023 contre 904 en 2010¹².

Lancement de l'Observatoire de l'accès aux soins

Il est essentiel de disposer de données afin d'évaluer précisément les enjeux en termes d'accès aux soins.

Pour ce faire, en septembre 2025, l'Assurance Maladie a mis en ligne les données actualisées sur les différents indicateurs de l'Observatoire de l'accès aux soins, accessibles en *open data* sur son portail de datavisualisation [Data ameli](#).

Véritable tableau de bord mis en place par la convention médicale de juin 2024¹³, cet observatoire donne à voir en toute transparence et de façon simple et lisible l'état de l'accès aux soins en France grâce au suivi d'une série d'indicateurs révélateurs¹⁴.



Des données plus lisibles grâce à la datavisualisation

Pour améliorer l'accès aux soins de notre pays, l'Assurance Maladie dispose d'un levier précieux d'action : les accords conventionnels qu'elle conclut régulièrement avec les différentes professions de santé¹⁵. Non seulement ces accords fixent les tarifs des actes réalisés par les professionnels de santé, mais ils permettent également d'améliorer l'organisation des soins, en valorisant la coordination entre les professionnels de santé, la qualité et la pertinence des soins prodigués et les mesures destinées à faciliter l'accès aux soins de nos concitoyens.

¹⁰ Source : Anguis, M et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la Drees n°76 (2021)

¹¹ Un désert médical est une zone géographique (ville, quartier, territoire rural) où l'accès aux soins est difficile en raison d'un manque de professionnels de santé ou de structures de soins (hôpitaux, maisons pluri-professionnelles de santé...)

¹² Source : [data professionnels de santé](#).

¹³ Convention médicale signée en juin 2024 entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux

¹⁴ Par exemple : diminuer le taux de patients en affection longue durée (ALD) sans médecin traitant ; augmenter le nombre de contrats d'assistants médicaux ; augmenter le nombre d'installations de médecins dans les zones dites « sous-dotées » ...

¹⁵ Ces accords concernent les médecins, mais aussi les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les dentistes, les sages-femmes...

FAVORISER UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES MÉDECINS ET AUTRES SOIGNANTS SUR LE TERRITOIRE

Pour donner envie à un jeune médecin de s'installer dans un désert médical, une enveloppe financière d'aide à l'installation accordée par l'Assurance Maladie peut parfois être importante. Les aides à l'installation de nouveaux médecins ont d'abord été conçues pour être conséquentes mais temporaires ; et entre 2019 et 2023, près de 4 000 médecins en ont bénéficié chaque année.

Toutefois, le principe d'une aide ponctuelle a ses limites, c'est pourquoi la convention médicale de juin 2024 l'a transformé en une aide pérenne et qui se déclenche automatiquement à partir de 2026 pour les médecins libéraux qui s'installent dans des communes en difficulté.

Pour les autres catégories de soignants dont le nombre augmente, l'Assurance Maladie agit avant tout pour permettre une meilleure répartition de ceux-ci entre les régions.

Pour les chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, la règle du « *Un pour Un* » s'applique déjà dans les zones où exercent de nombreux professionnels. Cette règle veut que, dans des communes qui disposent déjà d'un nombre important de soignants, toute nouvelle installation soit conditionnée par une fin d'activité dans la zone, afin de permettre des installations dans des communes où ces professionnels de santé sont moins présents.

L'ouverture d'une pharmacie fait également l'objet de règles pour faire en sorte que leur présence soit adaptée au nombre d'habitants (au moins 2 500 habitants) mais aussi aux autres pharmacies déjà installées. Pour ce faire, toute installation est soumise à l'obtention d'une licence auprès de l'Agence régionale de santé.

ENCOURAGER LA SOLIDARITÉ ENTRE LES TERRITOIRES

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie s'est également attachée à encourager les médecins à effectuer des consultations dans les déserts médicaux, et ce, dès [la convention médicale de 2016](#) et plus encore en 2024.

Par ailleurs, les initiatives se multiplient venant des soignants eux-mêmes : « médecins volants »¹⁶, cabinets secondaires, bus de médecins itinérants ..., de nombreux projets voient le jour pour permettre aux patients qui résident dans des déserts médicaux de pouvoir consulter. Ces projets sont souvent le fruit d'initiatives provenant du terrain, portées par des médecins engagés et par les collectivités locales, et nombre d'entre elles sont soutenues financièrement par l'Assurance Maladie.

Toutes ces initiatives reposent sur le même principe que la mesure prise par le Gouvernement dans le cadre du Pacte de lutte contre les déserts médicaux¹⁷ présenté le 25 avril 2025. Celui-ci vise à instaurer une solidarité entre médecins d'une même région afin que ceux qui le peuvent consacrent deux jours par mois à exercer dans des communes où les médecins manquent.

L'objectif : aider les patients habitant dans des déserts médicaux à pouvoir consulter rapidement sans faire de longs trajets. La mesure prévoit que les médecins s'organisent et puissent se relayer pour offrir des consultations dans ces communes.

¹⁶ Ce terme désigne les médecins volontaires qui viennent en renfort ponctuel dans les déserts médicaux.

¹⁷ <https://www.info.gouv.fr/actualite/former-plus-principe-de-solidarite-le-plan-du-gouvernement-face-aux-deserts-medicaux>.

DANS LES ZONES RURALES, AIDER LES PHARMACIES EN DIFFICULTÉ

Depuis la crise sanitaire liée au Covid-19, les pharmaciens ont démontré qu'ils sont de plus en plus souvent en première ligne face aux besoins de soins des patients. C'est pourquoi il est crucial de préserver l'existence d'officines partout en France, notamment dans les communes rurales.

Or, certaines d'entre elles connaissent des difficultés financières, voire ferment notamment en raison d'un manque de médecins installés à proximité. C'est un cercle vicieux qui peut priver les assurés d'un accès à un professionnel de santé pouvant les conseiller et les aider rapidement.

Grâce à un accord signé avec les représentants des pharmaciens en 2024¹⁸, il est désormais prévu de lutter contre la disparition des officines installées dans les zones rurales. Pour cela, l'Assurance Maladie offre une aide financière importante - pouvant aller jusqu'à 20 000 euros par an - pour éviter que les communes rurales ne perdent leur dernière pharmacie¹⁹.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MÉDECINS ...

... en les aidant à recruter des assistants médicaux

Depuis 2019²⁰, les médecins de ville peuvent également disposer d'une aide financière pérenne de l'Assurance Maladie pour employer des assistants médicaux.

Ceux-ci peuvent préparer les patients avant la consultation (remplissage du dossier patient, prise de constantes...) et, après la consultation, assurer les démarches nécessaires de suivi (prise de rendez-vous avec un médecin spécialiste, demande de prise en charge en affection longue durée...).

Ainsi épaulés, les médecins peuvent davantage se concentrer sur la consultation et dédier plus de temps à leurs patients, à l'examen clinique et à l'échange avec ceux-ci.

L'objectif final de cette aide est de permettre aux médecins de suivre davantage de patients, en s'appuyant sur ces assistants médicaux qui les déchargent d'une part administrative importante. Selon une étude de l'Assurance Maladie de 2024²¹, ces assistants permettent ainsi aux médecins qui les emploient de prendre en charge près de 20 % de patients en plus.

Témoin de l'intérêt d'un tel dispositif, les médecins libéraux sont de plus en plus nombreux à signer des contrats pour bénéficier de cette aide à l'embauche, à la fois pérenne et conséquente²². Au 1^{er} janvier 2026, près de 9 500 contrats d'assistants médicaux ont déjà été signés, dont 15 % par des médecins généralistes.

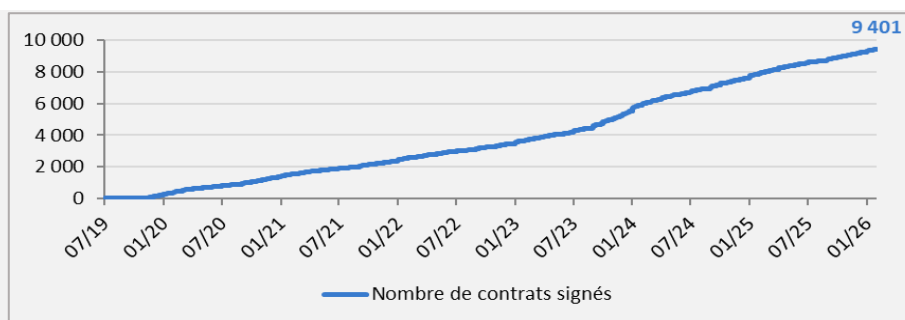


Figure 1 - Nombre de contrats pour embaucher un assistant médical - Evolution du entre 2019 et 2025

¹⁸ Avenant 1 à la convention pharmaceutique signé en 2024 entre la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

¹⁹ 149 pharmacies ont déjà bénéficié de ce soutien, pour un montant total de 2,96 M€.

²⁰ Mesure mise en œuvre en 2019 par l'avenant 7 à la convention médicale d'août 2016.

²¹ Source : [Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux - Points de repère n°55 - novembre 2024](#)

²² Le versement peut atteindre 38 000 € pour 1 poste d'assistant médical à temps plein lors de la signature du contrat, lors de la 1^{ère} année, puis 28 000 € pour la 2^{ème} année, puis 22 000 € ensuite.

... en simplifiant les démarches et les règles de facturation

Les médecins installés en libéral, toujours très occupés, sont en attente de dispositions pour alléger leur charge en simplifiant leur travail au quotidien ; c'est pourquoi l'Assurance Maladie s'attache à réduire le temps dédié à l'administratif.

Plusieurs mesures ont été mises en place dans ce sens : accompagnement des professionnels dans leur installation pour faciliter et accélérer les démarches, dématérialisation des documents administratifs, aide à la facturation, personnalisation des contacts avec les agents de l'Assurance Maladie, aide à la prescription d'arrêt de travail...

Elle le fait aussi en s'attachant à diminuer le nombre de certificats médicaux inutiles : cela facilite la vie des médecins et ils retrouvent ainsi plus du temps à consacrer au soin. De nombreux rendez-vous médicaux sont en effet pris dans le seul but d'obtenir un certificat médical, pour pratiquer une activité sportive par exemple. Sur ce sujet, l'Assurance Maladie fait en sorte de mieux informer les médecins et les assurés en leur précisant quand ces certificats sont exigés ou non. Ainsi, en lien avec la Direction de l'information légale et administrative du gouvernement, elle a mis en place un service deux simulateurs²³ permettant de renseigner la situation (par exemple, retour en crèche d'un enfant après un rhume ou pratique du tennis chez une personne de 18 ans et plus) et ainsi de savoir si un certificat médical s'impose.

S'APPUYER SUR LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Depuis 2004, plusieurs dispositions ont été mises en œuvre afin d'organiser une prise en charge coordonnée entre les différents soignants. La plus importante a été de faire en sorte que chaque assuré choisisse un médecin traitant ; ce dernier a ainsi la vision globale sur l'état de santé de son patient et des soins qui lui sont prodigués.

Concrètement, dès lors que le patient est adressé par son médecin traitant à un autre spécialiste, les soins prescrits par ce dernier lui sont mieux remboursés.

Par ailleurs, les médecins traitants reçoivent une rémunération forfaitaire chaque année dont le montant est déterminé par les caractéristiques de leur patientèle (nombre de patients suivis, l'âge des patients, si le patient est en affection longue durée, etc.). Cela permet de mieux faire fonctionner le système de santé, en organisant le recours aux soins des spécialistes²⁴.

C'est aussi le cas à travers le déploiement du dossier médical partagé dans le carnet de santé numérique qui est accessible sur le site monespacesante.fr et sur l'application.



Mon espace santé permet aux assurés de disposer en un seul et même endroit des données de santé utiles à leur suivi médical. Cette centralisation des informations médicales permet également aux soignants de connaître l'historique des soins du patient, pour une prise en charge mieux coordonnée entre les différents professionnels de santé impliqués.

FAVORISER L'ACCÈS AUX MEDECINS SPÉCIALISTES

Si avoir un médecin généraliste est essentiel, il est tout aussi crucial pour les patients de trouver un médecin spécialiste pour les recevoir rapidement en cas d'urgence ou pour un besoin de soins spécialisés.

De façon récurrente, patients, associations ou médias s'alarment des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue, un cardiologue ou un pédopsychiatre. Car, parfois, il faut pouvoir consulter

²³ 2 simulateurs sont accessibles sur le site service-public.gouv.fr : 1/ [Simulateur - Quand fournir un certificat médical pour un enfant en crèche, à l'école, au collège ou au lycée ? - Service-Public.fr](#) 2/ [Simulateur - Vous faut-il un certificat médical pour pratiquer un sport ? - Service-Public.fr](#).

²⁴ A noter, les patients peuvent prendre directement RDV auprès de certains médecins spécialistes : c'est le cas pour les gynécologues, les ophtalmologues ou les psychiatres, par exemple.

rapidement un spécialiste ; c'est le cas par exemple lorsque que l'on découvre une anomalie au niveau du rythme cardiaque lors d'une visite chez son généraliste.

Il est à noter que la difficulté à trouver un rendez-vous chez un médecin spécialiste ne relève parfois pas tant d'un manque de médecins que de leur répartition géographique, très inégale sur le territoire. En effet, ceux-ci tendent à s'installer et à exercer le plus souvent à proximité des grands centres hospitaliers, ce qui conduit certains départements ruraux notamment à être dépourvus de certaines spécialistes : c'est le cas de l'allergologie dans trois départements : le Cantal, la Lozère et la Haute-Loire²⁵ ... Les patients s'en trouvent doublement pénalisés : non seulement ils doivent patienter longtemps avant d'obtenir un rendez-vous et, lorsqu'ils se rendent à ce rendez-vous tant attendu, ils sont contraints d'effectuer de longs trajets, de 50 voire 100 kilomètres.

Soutenir la télé-expertise

Cette pratique de télé-médecine permet à un médecin généraliste de consulter à distance un confrère spécialiste pour échanger sur le cas d'un patient. Si cette pratique n'est pas encore très répandue, depuis 2023, elle augmente régulièrement pour atteindre près de 115 000 actes de télé-expertises fin 2025.

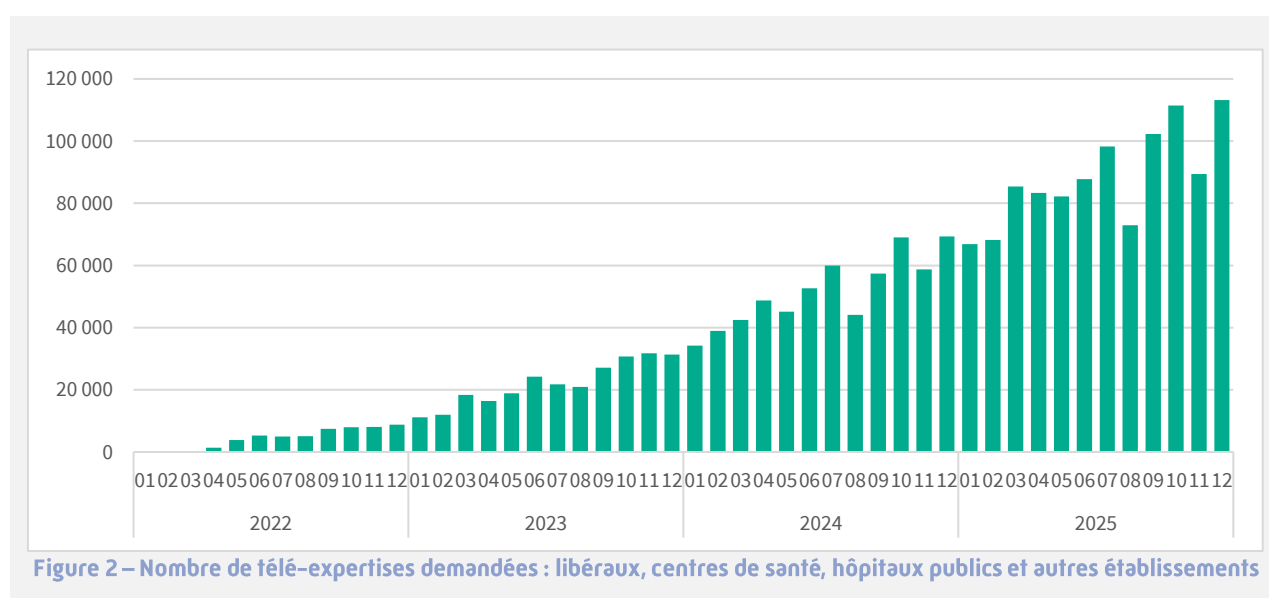


Figure 2 – Nombre de télé-expertises demandées : libéraux, centres de santé, hôpitaux publics et autres établissements

Financer les équipes de soins spécialisées

Ce soutien intervient à plusieurs moments clés de leur constitution²⁶. Un premier financement conséquent est ainsi prévu à la conception du projet lors de son lancement (80 000 euros) puis le soutien financier fait ensuite l'objet d'une dotation annuelle. L'objectif : permettre à la fois de favoriser la création d'un plus grand nombre d'équipes de soins spécialisées et que celles-ci puissent fonctionner dans la durée.

²⁵ Source Data professionnels de santé.

²⁶ Il prend la forme d'un crédit d'amorçage de 80 000 euros, une fois reçue la lettre d'intention simplifiée et la signature d'un contrat tripartite entre l'Agence régionale de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie et l'équipe de soins spécialisés, il permet de rédiger le projet de santé à transmettre dans les 6 mois suivants le dépôt de la lettre d'intention ; ensuite, l'équipe reçoit une dotation annuelle (dont le premier versement a lieu après validation du projet de santé) entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles en fonction de la taille de l'équipe de soins spécialisés.

Bon à savoir – Les équipes de soins spécialisées

Mis en place en 2019, ce mode d'organisation entre médecins d'une même spécialité consiste à permettre à différents spécialistes de travailler en équipe. Le but : assurer une bonne prise en charge des patients qui ont des besoins de soins dans la durée, soit au niveau départemental soit au niveau régional.

Ces équipes ont deux fonctions principales ; elles doivent permettre de :

1. pour les généralistes, faciliter l'accès au recours d'avis spécialisés, comme a pu le faire l'équipe de soins spécialisés de cardiologie d'Île-de France²⁷ qui a mis en place un numéro d'appel dédié aux généralistes ;
2. pour les spécialistes, mieux se coordonner entre confrères pour s'assurer de la mise en œuvre d'une prise en charge en lien avec le médecin traitant du patient. Cette coordination permet aux patients d'entrer dans des parcours de suivi au long cours, quand cela est nécessaire.

Ces équipes se chargent aussi de se coordonner avec d'autres professionnels de santé, exerçant en libéral comme en établissement de soins. Aujourd'hui, une cinquantaine d'équipes, réparties sur tout le territoire français, sont en cours de déploiement et, grâce au soutien pérenne de la convention médicale, leur nombre devrait rapidement augmenter.

Si les difficultés à obtenir un rendez-vous initial sont au cœur des préoccupations, il est tout aussi important d'organiser la prise en charge d'un patient dans la durée, au-delà du premier rendez-vous ; c'est notamment vrai pour la prise en charge des maladies chroniques : celles-ci impliquent souvent l'intervention de plusieurs catégories de soignants. Cela apparaît évident lors d'un diagnostic de cancer, mais c'est tout aussi important en cas de dépression sévère chez un adolescent ou lors de la découverte d'une maladie cardio-vasculaire, deuxième cause de mortalité en France.

DÉVELOPPER LA TÉLÉCONSULTATION TOUT EN L'ENCADRANT

La France a été un des premiers pays européens à rembourser la téléconsultation et ce, dès septembre 2018²⁸. Cette mesure s'est avérée particulièrement utile pendant la crise sanitaire du Covid-19. On a vu alors beaucoup de médecins et de patients recourir fréquemment à ce mode de consultation. Leur nombre a ainsi atteint 17 millions sur la seule année 2020. Après un recul entre 2021 et 2023, son recours augmente à nouveau depuis, confirmant que la téléconsultation répond à un besoin des patients.

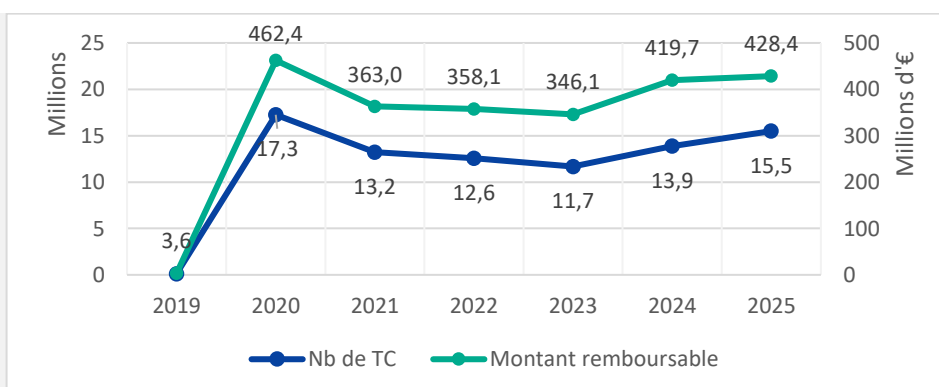


Figure 3 – Evolution du nombre de téléconsultations entre 2019 et 2025 en nombre et en montants remboursables (médecins libéraux, sages-femmes, centres de santé, plateformes)

²⁷ Pour en savoir plus sur l'équipe de soins spécialisés de cardiologie d'Île-de France.

²⁸ Avenant 6 à la convention médicale d'août 2016.

Ce mode de consultation reste encore peu utilisé : il représente 4 % du nombre total de consultations annuelles en France. Mais il constitue souvent pour les patients une solution de dépannage et, en cela, permet de réduire les difficultés d'accès aux médecins.

De plus, contrairement aux idées reçues, la téléconsultation est utilisée par toutes les catégories de patients, peu importe l'âge, le sexe, et le niveau socio-économique. En 2024, ce sont les personnes de moins de 45 ans, les diplômés et les habitants des grandes villes qui ont davantage recours à la téléconsultation²⁹. Toutefois, la téléconsultation est également utilisée par des personnes en affection longue durée, en moyenne plus âgées.

C'est un mode de consultation qui offre de réels avantages dès lors qu'il est bien adapté à la situation du patient et qu'il ne lui fait courir aucun risque. Certains motifs de consultation nécessitent un examen clinique pour éliminer des diagnostics induisant une prise en charge en urgence. Par exemple, une douleur abdominale peu spécifique peut être le signe d'une urgence chirurgicale.

Par ailleurs, si les médecins libéraux effectuent plus de la moitié des téléconsultations (55 % en 2024), le nombre réalisé par l'intermédiaire des plateformes est en forte hausse (40 % en 2024 du total des téléconsultations prises en charge contre 6 % seulement en 2021) et sont donc effectuées par des médecins qui ne connaissent pas le patient et son historique médical. Or, le mieux reste de faire en sorte d'y recourir auprès d'un médecin qui suit son patient dans la durée³⁰.

De même, quand on consulte un spécialiste, mieux vaut également que ce dernier soit recommandé par le médecin traitant : c'est lui qui connaît le mieux les praticiens du département, voire de la région.

Pour bien définir les contours de cette pratique et sa juste place dans le parcours de soins, voire pour renforcer les garde-fous nécessaires, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé en juin 2025 ont conjointement lancé des Assises de la télémédecine. Ces assises ont pris la forme d'ateliers thématiques qui se sont tenus dans toute la France, associant tous les acteurs concernés pour réfléchir et définir ensemble l'organisation la plus adaptée possible de la télémédecine de demain.

Suite à ces travaux, la ministre en charge de la santé a présenté en janvier 2026 la nouvelle feuille de route 2026-2028³¹, bâtie autour de quatre enjeux :

1. Renforcer la place de la télémédecine dans le suivi et le parcours des patients,
2. Améliorer la qualité des soins et limiter les éventuelles dérives,
3. Déployer les possibilités de la téléconsultation et de la télé-expertise au bénéfice des patients qui en ont le plus besoin,
4. Développer les compétences des professionnels de santé en matière de télémédecine.

Avec ces lignes directrices, la télémédecine se doit d'être un outil d'accès aux soins pour tous, sans jamais mettre en cause la qualité de la prise en charge des patients, ni les objectifs de santé publique.

PERMETTRE AUX MÉDECINS DE TRAVAILLER PLUS SOUVENT EN ÉQUIPE

Autre tendance de fond, le travail en équipe qu'on a vu se développer chez les médecins libéraux : on compte ainsi 1 250 centres de santé s'appuyant sur des médecins qui y travaillent comme salariés aux côtés d'autres praticiens, et 2 700 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) avec des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes...

²⁹ Source Drees - Insee : [Les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes recourent davantage aux téléconsultations - Études et résultats N° 1366](#). Paru le 12/02/2026.

³⁰ 67 % des patients font appel à leur médecin traitant en téléconsultation. [Source Cnam : Communiqué sur le lancement des Assises de la télémédecine du 27 juin 2025](#).

³¹ Source : [Assises de la télémédecine du 26 janvier 2026](#).

Or, ces nouveaux modèles de travail en équipe bénéficient aux patients. Il est plus facile à plusieurs médecins de recevoir un patient quand le médecin traitant de ce dernier n'est pas disponible. Il est aussi plus pertinent qu'un patient soit reçu par un confrère qui travaille au sein d'un même cabinet. Quelle que soit la situation, c'est l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure qui peuvent échanger facilement sur des patients délicats à prendre en charge.

Enfin, et c'est important pour susciter les vocations, le travail en groupe correspond aux attentes des jeunes générations de médecins. Ceux-ci aspirent de plus en plus à travailler à plusieurs, que ce soit avec d'autres médecins ou avec d'autres professionnels de santé.

Mise en place du réseau France Santé

Suite à l'annonce du Premier ministre le 13 septembre 2025, un réseau de maisons France Santé constitué de 5 000 lieux de soins va voir le jour pour garantir à chaque assuré une réponse à ses besoins de santé à moins de 30 minutes de son domicile sur l'ensemble du territoire d'ici à 2027.



Ce réseau va s'appuyer sur les structures médicales qui existent déjà comme les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles de santé, les hôpitaux de proximité, voire les cabinets de groupe dès lors qu'ils regroupent au moins un binôme médecin et infirmier. Elles sont labélisées sous le nom de France Santé.

Ouvertes *a minima* 5 jours sur 7, elles doivent permettre à tous de trouver un rendez-vous médical sous 48 heures, des consultations sans dépassements d'honoraires et un accompagnement dans un parcours de santé.

Elles vont également s'engager à intervenir dans le système de garde, que ce soit par une participation à la permanence des soins ambulatoires ou soit au service d'accès aux soins (SAS³²). Le cahier des charges destiné à préciser les objectifs de ce réseau France Santé sera négocié dans le cadre des accords interprofessionnels entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé avant la fin du 1er semestre 2026.

DÉLÉGUER CERTAINS ACTES OU SOINS MÉDICAUX À D'AUTRES SOIGNANTS

Pour alléger la charge des médecins, notamment généralistes, une des solutions a consisté à permettre à d'autres professionnels de santé de réaliser certains actes, lorsque cela est possible, mouvement que l'Assurance Maladie accompagne. Cette évolution a été facilitée par le fait que certaines professions libérales ont vu leurs nombres s'accroître³³ : sages-femmes (+ 90 % depuis 2013), masseurs-kinésithérapeutes (+ 37,5 %) ou infirmiers (+ 30 %), contrairement au nombre de médecins généralistes qui, lui, a diminué. Ces délégations se sont mises en place progressivement et très prudemment, en accord avec les institutions du système de santé.

L'illustration la plus emblématique est celle de la vaccination ; ces dernières années, elle a été de plus en plus souvent réalisée par d'autres soignants : pharmaciens, infirmiers, sages-femmes. Par exemple, sur les plus de 8 millions de vaccinations contre la grippe³⁴ au cours de l'hiver 2024 - 2025, 60 % ont été effectuées par les pharmaciens, avec, à la clé, autant de créneaux chez les médecins ainsi libérés pour d'autres patients.

³² Le Service d'Accès aux soins (SAS) vise à orienter les patients ayant un besoin de soins urgents ou non programmés vers une consultation médicale rapide. Il permet ainsi de désengorger les services d'urgences hospitalières en proposant une prise en charge adaptée en ville lorsque l'état du patient le permet.

³³ Source : [Data professionnels de santé libéraux](#).

³⁴ Nombre de vaccins remboursés dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale et de la campagne de vaccination contre le Covid pour l'hémisphère nord – Source Cnam.

Plus récemment, de nouvelles mesures ont également permis aux pharmaciens de conseiller et délivrer des médicaments en cas de cystites et angines, deux infections fréquentes³⁵. Cela donne ainsi aux personnes atteintes, après confirmation par un test rapide de diagnostic, un accès à une prise en charge rapide, y compris avec des antibiotiques, quand ils sont indiqués. En 2025, plus de 760 000 tests ont été ainsi réalisés en pharmacie, contre 276 000 en 2023.

La profession d'infirmier voit également le champ de ses interventions s'élargir. Elle est de plus en plus engagée dans le suivi de malades chroniques, notamment par la création d'une spécialisation d'infirmier en pratique avancée (IPA)³⁶.

C'est dans cet esprit que la profession d'infirmier a fait l'objet d'une loi qui redéfinit ses missions, leur confère plus d'autonomie avec la possibilité de réaliser des consultations autonomes et de poser certains diagnostics. Cette loi élargit également les compétences des infirmiers en pratique avancée afin d'encourager une meilleure coordination entre soignants, en renforçant notamment le binôme avec le médecin traitant.

Promulguée le 27 juin 2025, la loi dite infirmière 2025³⁷ reconnaît pour la première fois la « *consultation infirmière* » avec diagnostic, assortie de la « *possibilité de prescrire* » des produits de santé - notamment des antalgiques - et des examens médicaux. Des textes réglementaires seront publiés prochainement pour préciser le cadre de ces consultations.

³⁵ Infection le plus souvent bénigne même si douloureuse, la cystite est fréquente : on estime qu'une femme sur 10 est en atteinte chaque année (source [ameli](#)). Quant aux angines, en France, on estime qu'il y a entre 8 et 9 millions de cas diagnostiqués chaque année, dont une majorité d'angines d'origine virale.

³⁶ Les infirmières en pratique avancée (IPA), reconnues depuis la loi de 2018, exercent des missions élargies, notamment la prescription de soins et la réalisation d'examens physiques, après deux années d'études supplémentaires, afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins – Source : ministère en charge de la santé. [Leurs missions ont été définies par les avenants 7 et 9 à la convention nationale des infirmiers.](#)

³⁷ [Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.](#)

03.

AIDER LES PATIENTS À SAVOIR À QUI S'ADRESSER

Un bon accès aux soins passe également par une information disponible pour tous. Savoir vers qui se tourner constitue en effet un préalable indispensable. Face aux difficultés actuelles, plusieurs initiatives auxquelles l'Assurance Maladie participe se sont développées pour répondre à ce besoin d'information ou de conseil.

ORGANISER L'ACCÈS A UN CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE BESOIN RAPIDE DE SOINS

Aujourd'hui, les médecins généralistes ont de moins en moins de créneaux libres dans leurs agendas et les délais d'attente se sont allongés aux urgences hospitalières³⁸ qui voient arriver 58 000 personnes par jour. Dès lors, les assurés se trouvent souvent désemparés quand ils ont besoin de consulter rapidement : face à un malaise, une blessure, en cas de forte fièvre, de douleurs ou de symptômes qui durent, que faire ?

C'est pourquoi des modalités d'accès aux soins immédiats, dits soins non programmés - *via* le service d'accès aux soins (SAS) et la permanence de soins - se sont développées partout en France. Celles-ci servent à évaluer les besoins, orienter au mieux les patients et éviter, quand c'est possible, le recours aux urgences³⁹.

Le premier réflexe doit être de contacter son médecin traitant. En cas d'absence ou d'indisponibilité de ce dernier, il convient de se tourner vers le numéro de téléphone ouvert à tous, le 15, point d'entrée unique. En appelant ce numéro, chaque patient peut présenter ses symptômes et partager ses inquiétudes auprès d'un médecin qui se charge d'évaluer le degré d'urgence et la gravité de la situation.

En fonction du besoin, y compris la nuit, le week-end ou les jours fériés, le patient va être orienté soit vers une prise en charge hospitalière si nécessaire, soit vers un médecin disponible en ville dont la prise de rendez-vous est assurée par l'équipe en charge au sein du SAS, soit la personne qui appelle bénéficiera tout simplement de conseils médicaux.

Car cet échange téléphonique permet aussi de savoir quand il convient de patienter. En effet, dans bien des cas, les conseils prodigués au téléphone suffisent à rassurer les patients et à leur donner des consignes nécessaires. Et cela, sans passage aux urgences, voire parfois sans consultation.

INFORMER SUR LES PHARMACIES DE GARDE

Dans une situation d'urgence, un dimanche ou un jour férié, il n'est pas forcément évident de trouver sur Internet une pharmacie de garde : à quel site faire confiance ? Est-il véritablement à jour ? Pour répondre à ce besoin, l'Assurance Maladie a lancé le service pharmacie-de-garde.ameli.fr, un nouvel outil pour identifier les pharmacies de garde ouvertes de jour les plus proches de son domicile. Ce site comble un manque, puisqu'il n'existait pas jusqu'à aujourd'hui de service national et gratuit répertoriant les pharmacies ouvertes partout en France.

Ce site permet de trouver en toute confiance la bonne information sur la pharmacie de garde la plus proche de chez soi.

Le site donne aussi les informations pratiques nécessaires : horaires de garde, numéro de téléphone, modalités d'accès et s'il est nécessaire d'appeler avant de se déplacer.

³⁸ Il est estimé que le temps d'attente moyen aux urgences pour les patients était supérieur à 3 heures en 2023 selon une [étude de la Drees](#) de mars 2025. Il était estimé à 1 heure en 2015.

³⁹ [Rapport du député T. Mesnier et du Pr P. Carli pour un pacte de refondation des urgences](#), le nombre de personnes se rendant aux urgences a doublé entre 1996 et 2015 – Source Drees.

04.

ACCOMPAGNER EN PRIORITÉ LES PERSONNES FRAGILES ET AINSI LIMITER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

En tant qu'assureur universel en santé, l'Assurance Maladie s'est toujours attachée à réduire au maximum les inégalités de santé ; pour cela, elle accorde une attention renforcée à certaines catégories de personnes considérées comme fragiles.

LES FEMMES ENCEINTES ET LES JEUNES ENFANTS

C'est le cas de femmes enceintes et des jeunes enfants qui nécessitent une attention particulière.

En termes de mortalité maternelle⁴⁰, la France a de moins bons résultats que d'autres pays occidentaux. De même, la France arrive désormais au 23^{ème} rang des pays de l'Union européenne sur 27 en termes de mortalité infantile (pour les bébés de moins d'un an)⁴¹, alors qu'il y a trente ans, l'Hexagone était en tête de ce classement.

Plus généralement, une bonne prise en charge de la santé des femmes, lors de la grossesse et de l'accouchement, constitue un facteur décisif pour favoriser un bon état de santé des mères comme des jeunes enfants. Pour cela, l'Assurance Maladie a signé des accords avec la profession des sages-femmes libérales, comme dans l'accord⁴² de 2023 qui introduit le statut de sage-femme référente : celle-ci devient ainsi le pivot d'un suivi de qualité et approfondi durant ces étapes clés de la vie des femmes.

De plus, le suivi des jeunes enfants a été revalorisé, via une hausse des tarifs des consultations de suivi et des consultations obligatoires assurés par les pédiatres.

Le programme M'T dents qui passe désormais à un rythme annuel vise à aussi à renforcer la santé buccodentaire des enfants et des jeunes avec, comme objectif, de voir arriver une « génération sans carie ».

LES JEUNES EN SIMPLIFIANT L'ACCÈS AUX DÉPISTAGES DES IST

Pour simplifier le recours aux dépistages d'infections sexuellement transmissibles (IST) chez les jeunes et couvrir les risques d'infections les plus fréquentes, l'Assurance Maladie a développé le service [Mon Test IST](#).

- Depuis septembre 2024, il est possible à toute personne d'effectuer un dépistage en laboratoire et ce, sans ordonnance ni rendez-vous. Cette possibilité concerne les 5 IST les plus fréquentes (VIH, gonorrhée, chlamydie, hépatite B et syphilis). Pour les moins de 26 ans, ce dépistage est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Pour les autres, il est remboursé à 60 % par l'Assurance Maladie et à 40 % par la mutuelle.
- Il est également possible pour les jeunes de se faire livrer gratuitement à la maison⁴³ un kit d'auto-prélèvement afin de réaliser un prélèvement génital (nécessaire pour dépister gonorrhée et chlamydie, les autres dépistages reposant sur un test sanguin). Il suffit de le commander en ligne [via un site](#), c'est facile et gratuit. Cela concerne les jeunes femmes de 18-25 ans depuis le 1^{er} juillet 2025. Cette mesure va être étendue aux jeunes hommes d'ici à mars 2026.



⁴⁰ Source : *European Health Report 2024* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

⁴¹ [Source Ined Conjoncture démographique - Mars 2024](#).

⁴² Avenant 6 en mars 2023, qui crée le statut de sage-femme référente pour offrir un meilleur suivi des femmes enceintes.

⁴³ Voir communiqué de presse du 30 juin - [Un kit de dépistage par auto-prélèvement à domicile pour les femmes de 18-25 ans](#).

LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

Les malades chroniques exigent une attention particulière et ont besoin d'un suivi médical régulier. Certains n'ayant pas ou plus de médecin traitant, le gouvernement a chargé l'Assurance Maladie début 2023 de déployer un plan d'actions afin d'aider ces personnes dont le nombre ne cessait d'augmenter.

Grâce aux efforts des professionnels de santé et à l'action des caisses primaires partout en France, la tendance s'est inversée, et ce, malgré le nombre des médecins généralistes en baisse et un nombre accru de nouveaux patients. Ainsi, mi-2025, le pourcentage de patients en affection longue durée (ALD) n'ayant pas de médecin traitant a baissé pour se situer à 4,2 %⁴⁴ contre 5,6 % en 2022.

A compter de cette année, les médecins vont bénéficier d'un nouveau forfait dans le cadre de leur rémunération dit « forfait médecin traitant ». Il valorise notamment la prise en charge des patients en affection longue durée et reconnaît ainsi le fait que celle-ci est plus exigeante, notamment quand les patients sont âgés de plus de 80 ans.

Via ce forfait, le médecin bénéficie d'une rémunération annuelle pour chacun de ces patients, définie en fonction de la complexité du suivi de ceux-ci. L'Assurance Maladie reconnaît ainsi le besoin de temps supplémentaire qu'exigent ces patients plus complexes.

LES PERSONNES AUX REVENUS MODESTES

En dehors des affections longue durée, le remboursement des frais de santé repose en France sur une répartition partagée des remboursements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

Pour faciliter l'accès aux soins des personnes aux revenus modestes, les pouvoirs publics ont instauré la Complémentaire santé solidaire. Depuis le 1^{er} novembre 2019, cette aide est venue remplacer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), afin de réduire au maximum les difficultés financières à la réalisation de soins.

Elle permet à ceux qui en bénéficient de ne pas avancer les frais de santé (consultations chez un médecin, dentiste, kiné ou infirmier, hospitalisation et médicaments) et d'être pris en charge totalement ou partiellement pour les dépenses de santé non couvertes par l'Assurance Maladie, en fonction de leurs ressources.



Selon le niveau de revenu du foyer, la Complémentaire santé solidaire est soit gratuite, soit accessible pour un euro par jour et par personne. Cette aide vise à réduire les inégalités d'accès aux soins et elle fait, à ce titre, régulièrement l'objet de campagnes d'information pour mieux la faire connaître et inciter à la demander.

En juin 2024, 7,7 millions de personnes étaient couvertes par cette complémentaire santé solidaire, dont 6 millions dans sa forme gratuite et 1,7 million avec une participation financière.

UNE PRISE EN CHARGE A DOMICILE FAVORISÉE

Nombreuses sont les personnes qui souhaitent être prises en charge à leur domicile : cela permet au patient d'éviter des trajets, d'être soigné dans son propre cadre de vie. Être soigné à la maison réduit également le risque d'infections et limite la perte d'autonomie causée par une hospitalisation. Sans compter que la prise en charge à la maison est nettement moins coûteuse pour la collectivité.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie a mis en place des mesures pour favoriser le maintien à domicile des patients, à la fois pour les personnes âgées mais aussi pour d'autres personnes ayant du mal à se déplacer : personnes immobilisées après un accident ou à la suite d'une intervention chirurgicale, personnes souffrant de handicap Et elle le fait aussi bien auprès des médecins que des autres professionnels de santé.

⁴⁴ [Source Data observatoire de l'accès aux soins.](#)

La revalorisation du tarif de la visite à domicile dans le cadre du SAS depuis le 1^{er} janvier 2026 pour les médecins s'inscrit bien dans cette logique.

Le déploiement du bilan de soins infirmiers (BSI)⁴⁵ poursuit le même objectif notamment pour les personnes âgées. Depuis 2020, ce bilan permet à l'infirmier, à la suite d'une prescription de soins pour dépendance, de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé à mettre en œuvre au domicile du patient.

Les infirmiers libéraux sont de fait les professionnels de santé qui continuent le plus à se déplacer au domicile des patients, voire les seuls dans certaines communes, et donc les plus à même à bien connaître leurs conditions de vie. Cette connaissance leur permet d'adapter au mieux la prise en charge, un atout face au vieillissement de la population et à la pénurie de médecins dans certaines zones.

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Si les chiffres du nombre de personnes concernées oscillent entre 5,7 millions et 18,2 millions, on constate qu'un nombre encore important de ces personnes renoncent à des soins. Selon le baromètre d'Handifaction⁴⁶ qui évalue l'ampleur de ce phénomène depuis près de dix ans, en 2023, 22 % des personnes interrogées indiquent ne pas avoir pu effectuer leurs soins, une fois sur deux parce qu'elles n'ont pas pu trouver de soignants. C'est une situation très préoccupante, qui appelle à une mobilisation forte.

C'est pourquoi depuis plusieurs années, les accords conclus avec chaque profession de santé prévoient systématiquement des tarifs revalorisés pour tenir compte de la spécificité de la prise en charge des patients en situation de handicap. C'est le cas des chirurgiens-dentistes depuis juin 2018, des sages-femmes et des orthophonistes en 2022, des masseurs-kinésithérapeutes en août 2023 et des médecins dès 2021 puis à nouveau en 2024.

LES ENFANTS PLACÉS ET LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Tant les femmes victimes de violences que les enfants placés, bénéficiant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont souvent mal pris en charge dans notre système de santé. Et ce constat est d'autant plus préoccupant que ce sont des personnes qui ont besoin de davantage de soins en raison de leur parcours de vie difficile qui les exposent à plus de pathologies.

Afin de remédier à cette situation, l'Assurance Maladie soutient financièrement des acteurs associatifs engagés pour déployer des structures d'accueil et de soins comme Les maisons des femmes, qui prennent en charge ces personnes souvent en grande difficulté. Bilans de santé, mise en relation avec les professionnels de santé clés (médecins, sages-femmes et infirmières)... un ensemble de mesures sont mises en place par ses associations pour leur faciliter un accès aux soins nécessaires.

⁴⁵ Défini par l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, le bilan de soins infirmiers a commencé à être appliqué le 1er janvier 2020. Il ne concernait à l'époque que les patients âgés de 90 ans et plus. En septembre 2022, les patients âgés de 85 ans et plus ont été intégrés au dispositif. Depuis avril 2023, le BSI est applicable à tous patients dépendants quel que soit son âge.

⁴⁶ Le baromètre [Handifaction](#) a été conçu en 2015 par l'association Handidactique pour évaluer la *Charte Romain Jacob* et identifier les difficultés d'accès aux soins pour les personnes vivant avec un handicap. Depuis 2022, il est devenu l'outil de référence de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) pour mesurer l'accès aux soins de ces personnes.

EN CONCLUSION

La France peut être fière de son modèle de protection sociale qui, depuis 80 ans, protège chacun des aléas de la vie. Il est néanmoins nécessaire de prendre des mesures à court et à long terme pour le préserver, au regard du vieillissement de la population française et de la hausse des maladies chroniques.

L'accès aux soins constitue un sujet de préoccupation majeure pour tous et ses difficultés mettent à mal la confiance de nos concitoyens dans le système de santé français.

Face aux besoins grandissants des patients, il est crucial de trouver des solutions adaptées.

S'il n'existe pas une solution unique pour faire face aux difficultés d'accès aux soins, une combinaison de dispositions bien pensées et bien conduites peut aider à surmonter les défis actuels et l'Assurance Maladie est en mesure d'en porter un certain nombre.

Forte de ses atouts spécifiques, elle est bien placée pour agir : grâce à ses liens réguliers avec les professionnels de santé et les patients, ainsi qu'à la force de frappe que constitue son implantation territoriale et les accords qu'elle signe régulièrement avec les représentants des professions de santé.

Et elle le fait en s'assurant du maintien du rôle clé du médecin traitant comme garant d'une prise en charge pertinente et bien coordonnée de nos concitoyens, tout en s'efforçant de répondre aux besoins de soins de nos concitoyens.

En complément, d'autres leviers existent pour préserver l'accès aux soins et la qualité de vie des personnes tout en contenant les dépenses de santé.

Parmi ces leviers, l'accès aux droits est évidemment primordial. Par exemple, les Missions d'Accès à la Santé (MAS) qui existent au sein de chaque caisse primaire s'attachent à aider ceux qui rencontrent des difficultés de prise en charge de leurs soins.

Il est en effet clé d'éviter des retards de prise en charge, sources de perte de chances. Par exemple, un diabète diagnostiqué tôt chez un patient et qui fait l'objet d'un suivi régulier, prévient l'apparition de complications pouvant être très graves (maladie rénale, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cécité, amputation...).

C'est pourquoi la prévention est un autre pilier fondamental. Comme le dit l'adage, « *mieux vaut prévenir que guérir* ». En investissant dans la prévention, il est possible d'éviter de nombreuses maladies et leurs complications, réduisant ainsi les coûts de santé à long terme.

Pour finir, il convient de souligner à nouveau que l'accès aux soins est un défi collectif : il nécessite une approche multiple et une mobilisation de tous. Ce n'est qu'en combinant les efforts des professionnels de santé, comme des pouvoirs publics, à ceux de l'Assurance Maladie, que pourra être conservé un système de santé accessible et durable pour tous les assurés, quel que soit leur âge, leur état de santé, leurs ressources comme leur lieu de résidence.



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun



Direction de l'information et de la communication
de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

Février 2026